

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA

HADASSAH PEDREIRA DE SANTANA

**EVASÃO DO PROJETO DE ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E  
DESENVOLVIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO – CEILÂNDIA - DF**

CEILÂNDIA

2012

HADASSAH PEDREIRA DE SANTANA

**EVASÃO DO PROJETO DE ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E  
DESENVOLVIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO – CEILÂNDIA - DF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientador: Prof. Dra. Tatiana Barcelos Pontes

CEILÂNDIA

2012

SANTANA, HADASSAH

Análise da Evasão do Projeto de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de Recém-Nascidos Pré-Termo – Ceilândia - DF/ HADASSAH, SANTANA. -- Ceilândia, 2012.

52 p. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Ceilândia – UnB.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup> Tatiana Barcelos Pontes.

**Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.**

**Assinatura:**

**Data:**

Comitê de Ética da FS - UnB

Protocolo nº: 114/09

Data: 13/10/2009.

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

A Comissão Examinadora, abaixo-assinada,  
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso

**Análise da Evasão do Projeto de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento  
de Recém-Nascidos Pré-Termo – Ceilândia – DF.**

Elaborado por  
**HADASSAH PEDREIRA DE SANTANA**

Requisito parcial para obtenção do grau  
de Bacharel em Terapia Ocupacional  
da Universidade de Brasília – UnB

COMISSÃO EXAMINADORA:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr. Tatiana Barcelos Pontes  
(Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Paula Giovanna Furlan

---

Prof<sup>a</sup>. Flávia Reis de Andrade

Ceilândia, 2012

Dedico este trabalho aos meus pais, Ângela e Jessé, por acreditarem em mim e sempre desejarem meu sucesso e conquista

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus que é o autor e consumidor da minha vida, pelo seu amor incondicional e cuidado para comigo. Obrigada Deus, por mais esta vitória que o Senhor me concedeu!

Aos meus amados irmãos, Jessé e Jediael, que cuidam de mim e sempre estão ao meu lado quando preciso. Vocês tornam a minha vida ainda mais feliz, o que seria de mim sem vocês!

Ao meu amado noivo Kaieh, por toda força e apoio, sempre me encorajando nos momentos de aflição.

Às minhas queridas amigas e companheiras de jornada na UNB, Débora, Tássia e Thiara, que foram grandes ajudadoras em minhas limitações e dificuldades. Só tenho que agradecer a vocês por fazerem parte da minha história.

À minha amiga-irmã, Ana Rafaela, que sempre torceu por mim e se alegrou por minhas conquistas como se fossem as dela. Amiga, me faltam palavras para agradecer a você pela sua amizade.

Por fim, à minha professora e orientadora, Tatiana, pelo tempo e paciência a mim dedicados.

Muito obrigada a todos vocês!

Ao único Deus sábio, Salvador nosso, seja glória e majestade, domínio e poder,  
agora, e para todo o sempre. Amém.  
(Judas 1:25)

## RESUMO

O acompanhamento clínico de recém-nascidos pré-termo, durante os primeiros anos de vida, é essencial para que haja a detecção precoce de alterações no desenvolvimento e as intervenções necessárias, o não cumprimento das recomendações fornecidas pela equipe médica quanto ao acompanhamento do recém-nascido de alto risco é preocupante. O projeto de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo – Ceilândia (DF) acompanha e avalia essas crianças que necessitam de uma atenção especial por se tratar de bebês que nasceram sob condições de prematuridade. Foram encontradas algumas dificuldades na implementação do projeto, dentre eles, notou-se que nas consultas previamente marcadas houve um grande número de evasão. O estudo objetivou avaliar a taxa de evasão dos recém-nascidos acompanhados pelo projeto e identificar fatores associados à evasão após o comparecimento destes às primeiras consultas do projeto. Foram analisadas 143 fichas de prematuros, sendo que este grupo amostral foi dividido em outros dois grupos: Grupo 1 (adesão) e Grupo 2 (evasão). Do total da amostra, 95 (66,4%) das crianças foram consideradas evasão. Das onze correlações realizadas foram encontrados resultados estatisticamente significativos em cinco variáveis. Em relação ao estado civil, existe maior predominância da união estável nos dois grupos com 59,4%. Em relação à instrução materna, no G2 34,7% possuem 1º grau incompleto. Quanto à instrução paterna, existe maior concentração de pais com 1º grau incompleto (33,6%) no G2. Em relação à renda familiar, do total, 85,3% apresentaram renda mensal entre 1 - 3 salários mínimos. O grupo da evasão apresentou maior proporção de intercorrências, a icterícia com fototerapia teve predominância entre todas as intercorrências nos dois grupos. Fatores socioeconômicos favorecem a evasão às consultas realizadas pelo projeto. Os resultados do estudo contribuem para o planejamento de intervenções a fim de reduzir a taxa de evasão.

Palavras-chaves: Participação do paciente, Recém-nascido, Prematuro.



## **ABSTRACT**

Clinical follow-up of newborn preterm infants during the first years of life, is essential to providing early detection of changes in development and the necessary interventions, failure to follow the recommendations provided by the medical staff as to monitor the newly born at high risk is worrisome. The project to monitor the growth and development of infants born preterm - Ceilândia (DF) monitors and evaluates these children who need special attention because it is babies born under conditions of prematurity. We found some difficulties in implementing the project, among them, it was noted that the consultations were previously marked a large number of evasion. The study aimed to evaluate the dropout rate of newborns accompanied by the project and to identify factors associated with dropout after the first appearance of these consultations the project. We analyzed 143 records of premature infants, and this group was divided into two groups: Group 1 (accession) and Group 2 (evasion). Of the total sample, 95 (66.4%) of the children were considered evasion. Of the eleven correlations performed statistically significant results were found in five variables. In relation to marital status, there is a predominance of stable in both groups with 59.4%. Regarding maternal education, 34.7% in G2 have 1st degree incomplete. As for fatherly instruction, there is a higher concentration of parents with incomplete 1st grade (33.6%) in G2. In relation to family income, the total, 85.3% had a monthly income between 1-3 minimum wages. The group had a higher proportion of avoidance of complications, jaundice with phototherapy predominated among all complications in the two groups. Socioeconomic factors favor the circumvention of consultations for the project. The results of the study contribute to the planning of interventions to reduce the dropout rate.

**Keywords:** Patient participation, Newborn, Premature.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto às características sócio econômicas utilizando-se teste do Qui-quadrado. Ceilândia (DF), 2010/12.

Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto às características sócio econômicas utilizando-se teste de Mann-Whitney. Ceilândia (DF), 2010/12.

Tabela 3 - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências Respiratórias. Ceilândia (DF), 2010/12.

Tabela 4 - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências Infeciosas. Ceilândia (DF), 2010/12.

Tabela 5 - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências ao Sistema Digestivo. Ceilândia (DF), 2010/12.

Tabela 6 - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências ao Sistema Nervoso. Ceilândia (DF), 2010/12.

Tabela 7 - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências relacionadas ao Sangue. Ceilândia (DF), 2010/12.

Tabela 8 - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências ao Sistema Cardiovascular. Ceilândia (DF), 2010/12.

Tabela 9 - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências Metabólicas. Ceilândia (DF), 2010/12.

Tabela 10 - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências Hematológicas. Ceilândia (DF), 2010/12.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;

HRC – Hospital Regional de Ceilândia;

DF – Distrito Federal;

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano;

UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal;

MAI – Movement Assesment of Infants;

AIMS – Alberta Infant Motor Scale;

RNPT – Recém-nascido Pré-termo;

SM – Salário Mínimo

CPAP – Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas;

HPV – Papiloma Vírus Humano;

ECN – Enterocolite Necrosante.

NV – Nascidos Vivos

BPN – Baixo Peso ao Nascer

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
1.1	Dados Epidemiológicos	15
1.2	Prematuridade e muito baixo peso ao nascer como fatores de risco ao desenvolvimento da criança.	16
1.3	Adesão/Não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde	19
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>22</b>
2.1	Objetivo Geral	24
2.2	Objetivo Específico	24
<b>3</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>24</b>
3.1	Amostra de estudo	25
3.2	Critérios de Inclusão	25
3.3	Critérios de Exclusão	25
3.4	Etapas do estudo	26
3.5	Local de estudo	26
3.6	Questão Ética	26
3.7	Forma de análise dos resultados	27
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>29</b>
4.1	Comparação entre os grupos com as principais intercorrências neonatais	32
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>43</b>

<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>45</b>
<b>8</b>	<b>APÊNDICE</b>	<b>50</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Grande parte dos estudos sobre adesão concluiu que a não-adesão é considerada em algum grau, universal, e está relacionada a diferentes fatores como o profissional de saúde, ao tratamento, à patologia e ao paciente (LEITE e VASCONCELLOS, 2003).

A adesão pode ser conceituada como o processo consciente de aceitar e seguir com persistência o tratamento proposto globalmente, visando ao restabelecimento ou à manutenção do estado de saúde (ALONSO; SILVA e CAMPOS, 1991). Nas últimas décadas, a adesão tem sido foco de muitas pesquisas, devido a sua importância para o sucesso do tratamento.

Os mais diversos tópicos têm sido analisados dentro da questão da adesão, como o comportamento do paciente frente às prescrições médicas, a utilização de métodos que possam medi-la e a criação de estratégias que visem a estimulá-la (ALONSO; SILVA e CAMPOS, 1991).

As estatísticas existentes sobre a porcentagem de indivíduos que não aderem variam bastante, mas acredita-se que cerca de 50% dos pacientes não sigam o tratamento conforme proposto (ALONSO; SILVA e CAMPOS, 1991). Alguns autores afirmam que o normal é não aderir, e em algumas situações é mais fácil as indicações da vizinha ou família serem aceitas mais facilmente do que as indicações feitas por profissionais da saúde (LEITE e VASCONCELLOS, 2003). Portanto, há o desejo de utilizar algum tipo de tratamento, de tratar os sintomas e obter alívio, mas há controvérsias quanto à compreensão desse fenômeno.

O não cumprimento das recomendações fornecidas pela equipe de saúde quanto ao acompanhamento do desenvolvimento de recém-nascidos de alto risco pode levar a sequelas permanentes e/ou alterações mais graves do que o esperado, caso as ações de prevenção estivessem sendo realizadas. O acompanhamento clínico dessas crianças durante os primeiros anos de vida é essencial para que haja a detecção precoce de alterações no desenvolvimento e as intervenções necessárias, pois quando se comparam crianças prematuras com as nascidas a termo, é possível observar diferenças marcantes nas habilidades cognitivas, no desempenho escolar, no comportamento, entre outras. Além disto, o acompanhamento é importante, pois, possibilita a identificação das necessidades da família e a orientação dos pais quanto às dificuldades que enfrentarão nos cuidados com essa criança (FERRAZ et al., 2010).

Neste sentido, o projeto intitulado “Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo – Ceilândia - Distrito Federal (DF)”, atende crianças egressas da

Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), do médio risco e berçário do Hospital Regional de Ceilândia (HRC). Desde sua implementação em julho de 2010, o programa cadastrou cerca de 156 pacientes. Todavia, muitas crianças deixaram de frequentar o ambulatório ao longo do tratamento, faltando às consultas de retorno.

Frente às complicações que estas crianças podem desenvolver futuramente, há a situação de ter um número considerável de evasão às consultas do projeto. As causas para tais acontecimentos são desconhecidas pela equipe de trabalho, o que justifica a realização do estudo.

### 1.1 Dados Epidemiológicos

É muito comum a prematuridade estar relacionada à mortalidade infantil, e essa tem sido alvo de estudos em diversos países. Inúmeras podem ser as causas que levam a um nascimento prematuro, como, alterações placentárias (placenta prévia e descolamento prematuro), excesso de líquido amniótico, idade materna (maior incidência em mulheres mais jovens), infecções maternas, primiparidade (mais frequente no primeiro filho), entretanto, na maioria dos casos, a causa é desconhecida (RAMOS e CUMAN, 2009).

Em 2010, foram registrados 548 óbitos em menores de 1 ano residentes no DF, que representa um coeficiente de mortalidade infantil de 12,4 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos (NV). A taxa de mortalidade neonatal precoce foi de 9,2 por 1000 NV, variando de 5,5 na Região Norte (Sobradinho e Planaltina), a 11,8 na Região Oeste (Ceilândia e Brazlândia). A mortalidade pós-neonatal chegou a 3,4 em 2010 no DF (BRASIL, 2012).

Dados nacionais demonstram que a proporção de Baixo Peso ao Nascer (BPN) foi de 8,4%, variando de 6,8% (Tocantins) a 9,5% (Minas Gerais), enquanto no DF é de 9,3% em 2010. A região Sul, composta pelas Regionais de Saúde do Gama (10%) e de Santa Maria (10,3%), teve uma proporção maior de nascimentos com baixo peso (BRASIL, 2012).

No Brasil, vem se observando uma tendência de aumento da prematuridade. No Distrito Federal, os nascidos vivos com menos de trinta e sete semanas de gestação no DF corresponderam a 7,7% dos nascimentos em 2010, sendo que quatro das sete Regiões de Saúde apresentaram proporções superiores à média do DF: Centro-Sul (9,3%), Centro-Norte (9,6%), Norte (9,0%) e Sul (8,3%). A monitorização da prematuridade é muito importante, especialmente considerando seu impacto na morbidade e mortalidade infantis, além dos



custos diretos do setor saúde associados ao manejo do nascido vivo prematuro (BRASIL, 2012).

No ano de 2011, foram realizados no HRC, 6.041 partos, mas este número não se deve apenas às mães residentes em Ceilândia, mas também a mães que residem em Taguatinga (141), Recanto das Emas (78), Guará (24), Riacho Fundo (10), Ceilândia (5.613) e Outras Localidades (5).

## 1.2 Prematuridade e muito baixo peso ao nascer como fatores de risco ao desenvolvimento da criança.

O nascimento de um bebê pré-termo é um evento que geralmente traz implicações de risco ao desenvolvimento saudável. Nas últimas décadas, os avanços na neonatologia têm reduzido significativamente as taxas de mortalidade e morbidade de bebês de alto risco. Entretanto, os recém-nascidos pré-termo estão sob maior risco para déficits no desenvolvimento em relação aos bebês nascidos a termo (FORMIGA e LINHARES, 2009).

Quanto maior o número de fatores de risco, tais como baixo peso ao nascer, intercorrências clínicas e longa permanência no cuidado intensivo neonatal, maiores serão as chances de a criança vir a apresentar sequelas neurológicas e cognitivas. Sabe-se também, que na ausência de sinais severos, como paralisia cerebral e retardo mental, recém-nascidos com histórico de prematuridade apresentam maior incidência de distúrbios de aprendizagem, dificuldades de linguagem, problemas de comportamento, déficits na coordenação motora e na percepção visoespacial na idade escolar (MAGALHÃES et al., 2003).

Alguns estudos acerca da trajetória do desenvolvimento dessas crianças têm revelado importantes descobertas que possibilitam um maior conhecimento sobre o assunto, permitindo mensurar os danos causados pela prematuridade. Crianças nascidas pré-termo e com peso inferior a 1.500g constituem-se em um grupo de alto risco para apresentar problemas de desenvolvimento (LINHARES et al., 2000). Recém-nascidos pré-termo com baixo peso ao nascer apresentam um risco de sete a dez vezes maior de desenvolver problemas como paralisia cerebral, surdez e deficiência mental em relação a crianças a termo com peso acima de 2500g (LINHARES et al., 2000). Além disso, patologias como doença respiratória requerendo assistência ventilatória, doença pulmonar crônica, meningite, enterocolite necrotizante e hidrocefalia pós-hemorragica (mais comuns em prematuros, mas não

exclusivas deles) também representam um alto risco para alterações no desenvolvimento (FRÔNIO et al., 2009).

Ao longo do desenvolvimento são apresentados alguns problemas que podem estar relacionados a comprometimentos nas seguintes áreas: Crescimento físico; cognição; aprendizagem e comportamento (LINHARES et al., 2000).

Na pesquisa realizada por Magalhães et al. (2003), é explicitado um estudo realizado com crianças nascidas abaixo de 32 semanas e apontam para a grande heterogeneidade das crianças pré-termo. No estudo, os grupos que receberam escores mais baixos nos testes aplicados foi o grupo de crianças pequenas para a idade gestacional e de menor peso. Nos testes de inteligência e função verbal, os autores não encontraram diferenças de desempenho entre crianças nascidas pré-termo e a termo, mas as diferenças foram significativas nas áreas de coordenação motora, controle motor fino das mãos, percepção viso-espacial e sensação tátil/cinestésica. As autoras chamam a atenção para distúrbios sutis no planejamento motor, possivelmente relacionados à pobre precisão das percepções táteis e cinestésicas.

Outro aspecto relacionado a comprometimentos no desenvolvimento de prematuros é o comportamento da criança. Segundo Marlow, Roberts e Cooke (1988), déficits de atenção são mais frequentes em crianças prematuras, o que pode resultar em pobre desempenho percepto-motor e dificuldades escolares.

Apesar de grande número de estudos apontarem para déficits perceptuais e motores, associados a distúrbio de atenção e comportamento na criança pré-termo, alguns autores afirmam, principalmente em relação ao desenvolvimento cognitivo, que os fatores ambientais, em especial o baixo nível sócio econômico, seriam decisivos, sugerindo que à medida que a criança pré-termo cresce, fatores ambientais teriam mais importância que os sinais neonatais de risco biológico (FAWER et al., 1995).

Independente da perspectiva adotada, biológica ou social, as evidências de que crianças pré-termo estão sob maior risco para apresentar atraso perceptual, motor e cognitivo, associado ou não a problemas de comportamento e déficit de atenção são muitas. Quanto mais tarde a criança iniciar o tratamento, mais defasado estará o desenvolvimento motor, juntamente com a perda na área sensorial, que pode refletir na perda da noção espacial, esquema corporal e percepção. Esse fator também poderá contribuir com a falta de atenção ou dificuldades cognitivas (OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2006).

Como medida preventiva, recomenda-se que o acompanhamento do desenvolvimento dessas crianças se inicie desde o nascimento do recém-nascido pré-termo, principalmente para os nascidos abaixo da 34ª semana de gestação e com menos de 1500g, indo até a idade

escolar. Além de programas de detecção precoce de sequelas neuromotoras, crianças com história de prematuridade e que não apresentam quadro neurológico evidente, também deveriam ser encaminhados a programas de intervenção precoce (MAGALHÃES et al., 2003).

O follow-up é um acompanhamento clínico especializado que possibilita a percepção precoce de alterações no desenvolvimento em bebês de risco, permitindo o encaminhamento para a intervenção precoce e a prevenção de novas complicações, a identificação de fatores de risco que contribuíram para os danos ocorridos, permitindo a elaboração de estratégias de prevenção e a melhoria dos serviços de cuidados pré, peri e neonatais, a identificação de problemas psicológicos e emocionais na criança ou na família e a orientação dos pais quanto às possíveis dificuldades que enfrentarão nos cuidados com os filhos. O follow-up deve preocupar-se em verificar as habilidades cognitivas, funções executivas, habilidades motoras, visão, audição, fala e linguagem, atenção, comportamento e ganhos educacionais. Muitos serviços realizam o acompanhamento do desenvolvimento até dois anos de idade, mas muitas alterações do desenvolvimento podem se manifestar somente após essa idade, tais como dificuldades de aprendizagem, transtorno de hiperatividade e déficit de atenção, problemas de comportamento e de coordenação motora. O follow-up tem o objetivo de acompanhar o desenvolvimento, definindo as ações de acordo com a evolução de cada caso, dando ao mesmo o caráter de vigilância em saúde, com efeitos a médio e longo prazo, características difíceis de serem compreendidas por esta população que só costuma ter acesso aos profissionais de saúde em situações de doença ou emergência (FERRAZ et al., 2010).

A evasão é um fenômeno esperado em programas de follow-up e alguns autores afirmam que é mais prevalente quanto mais longo for o período do acompanhamento (FRÔNIO et al., 2009). No entanto, é necessário desenvolver ações para garantir o acesso e a continuidade desse acompanhamento especializado, pois existem relatos de que até 52% das crianças atendidas em serviços de follow-up apresentam alguma anormalidade do desenvolvimento diagnosticada durante um acompanhamento entre 3 meses a 8 anos de idade (FERRAZ et al., 2010).

### 1.3 Adesão/Não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde

Segundo Fikri-Benbrahim (2009 apud PEIXOTO et al, 2010, p. 318), “a não adesão é um fenômeno que constitui um grande problema para o tratamento, especialmente de doenças crônicas”. Leite e Vasconcellos (2003 apud PEIXOTO et al, 2010) afirmam que o sucesso da terapia (a cura, controle ou a prevenção de uma patologia) depende diretamente da adesão ao tratamento. Apesar da prematuridade não ser considerada uma doença crônica, existe um aumento de risco para o desenvolvimento de vários problemas, podendo apresentar alterações no crescimento e no desenvolvimento neuropsicomotor a longo prazo, com maior chance de apresentar algum problema de saúde na infância, além de peso e estatura menores que o esperado até a adolescência.

O tratamento dos problemas crônicos tem como objetivo reduzir a morbimortalidade e manter a qualidade de vida das pessoas enfermas, logo, se estas não aderirem, as maiores prejudicadas serão elas mesmas. As crescentes evidências de várias partes do mundo sugerem que os pacientes melhoram ao receber tratamento eficiente e apoio regular.

Reiners et al. (2008, p. 2300) afirmam que:

Por ser invariavelmente longo, um dos problemas que os profissionais de saúde encontram, com frequência, na atenção aos doentes é a dificuldade destes em seguir o tratamento de forma regular e sistemática. Embora seja necessária, a adesão ao tratamento não é um comportamento fácil de adquirir.

A questão da adesão ao tratamento se tornou motivo de estudo, desde a sua definição até as formas de lidar com ela.

No estudo feito por Reiners et al. (2008) foi analisado de forma crítica a produção bibliográfica latino americana dos últimos dez anos, acerca da adesão/não-adesão ao tratamento de pessoas portadoras de problemas crônicos de saúde. Nas definições descritas pelos autores sobre o assunto, a ideia era a de que o paciente devesse obedecer a exatamente tudo o que o profissional de saúde prescrevesse, pois ele teria como dever “cumprir, seguir, obedecer às recomendações dos profissionais de saúde e que seu comportamento deve coincidir com os conselhos e indicações médicas” (REINERS et al., 2008, p. 2.301). Caso contrário, o paciente é considerado como não-aderente ao tratamento.

Observou-se que a não-adesão ao tratamento foi abordada de diversas formas nos artigos e, nestes, vários fatores relacionados ao tratamento, à doença, ao paciente, a problemas sociais, aos serviços e ao profissional de saúde foram apontados como determinantes do

problema. “A maioria dos fatores citados nos textos pelos autores e que contribuem para a não-adesão ao tratamento estão relacionados ao paciente, principalmente se reunidos aos relacionados aos dados demográficos e ao uso de drogas” (REINERS et al, 2008, p. 2.302). Dessa forma, é possível inferir que tem sido dado ao paciente a maior parcela de culpa pela adesão/não-adesão ao tratamento.

Estudos recentes têm chegado à conclusão de que, para se obter sucesso no tratamento de saúde, depende diretamente do comportamento do paciente, centralizando toda a responsabilidade sobre este (REINERS et al., 2008).

Algumas pesquisas sobre adesão/não-adesão têm sido baseadas na ideia de que os profissionais da saúde entendem ser dos pacientes a maior responsabilidade pelo problema e que os profissionais falham em promover uma compreensão mais profunda sobre a adesão/não-adesão (DOWELL, 1997 apud REINERS et al, 2008).

Para alguns autores, as medidas a serem adotadas na resolução do problema da não-adesão devem ser desenvolvidas pelos profissionais, serviços de saúde, governos e instituições de ensino, mas existe uma lacuna a ser preenchida pelo desenvolvimento de estudos que relatam essas estratégias e avaliam a eficácia na melhora ou efetivação da adesão dos pacientes ao tratamento (REINERS et al, 2008). “É improvável que qualquer intervenção que ignore a multidimensionalidade dos problemas tenha sucesso nas mudanças de comportamento” (BECKER 1980 apud REINERS et al, 2008, p. 2304).

A questão da adesão/não-adesão tem a tendência de ser abordada pelos profissionais somente sob suas perspectivas, ignorando as do paciente. Agindo assim, distanciam-se das ações e razões dos pacientes, julgando-os e rotulando-os, em vez de conhecê-las e entendê-las. Deve-se encarar esta questão sob outra ótica, levando em conta a subjetividade do paciente, necessidades e dificuldades, mais do que a precisão com que ele segue as recomendações. (REINERS et al., 2008, p. 2302).

Para se ter o real entendimento sobre a adesão/não-adesão, não se pode ignorar que os profissionais e serviços de saúde também têm uma parcela de responsabilidade durante o processo de adesão do paciente ao tratamento.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Avaliar a proporção de evasão dos recém-nascidos acompanhados pelo projeto de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de Recém-nascidos Pré-termo – Ceilândia (DF);

### **2.2 Objetivo Específico**

- Identificar fatores associados à evasão após comparecimento dos recém-nascidos pré-termo às primeiras consultas do projeto.
- Descrever a proporção de evasão e identificar os fatores associados a ela entre os recém-nascidos acompanhados no projeto.





### 3 MÉTODOS

A Região Administrativa de Ceilândia surgiu a partir da Campanha de Erradicação de Invasões (CEI) que aconteceu em 27 de março de 1971. É considerada a Região Administrativa com maior população do Distrito Federal. Segundo a Pesquisa Distrital, por Amostra de Domicílios, no ano de 2010/2011 possuía 398.374 habitantes com o Índice de Desenvolvimento humano (IDH) de 0,784 (sendo que em Brasília é de 0,936) o que faz a Ceilândia assumir a nona posição em relação ao DF (BRASIL, 2011).

O Hospital Regional de Ceilândia (HRC), atualmente, faz atendimentos de urgência/emergência, conta com ambulatorios das mais diversas especialidades, além de Unidades de Terapia Intensiva Adulta e Neonatal. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital é dividido em UTI, UCIN 1 (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal), UCIN 2 e Mãe Canguru, onde os recém-nascidos ficam internados de acordo com as suas condições clínicas. São no total 28 leitos para bebês de alto risco e 6 leitos na enfermaria Mãe Canguru (BRASIL, 2012).

Nas unidades públicas do DF, foram realizados no ano de 2011, 39.339 partos, sendo que deste, 6.041 foram realizados no HRC (BRASIL, 2012). O número de nascidos vivos foi de 7.200, destes 10,1% nasceram com < de 2.500gr e 7% com < de 37 semanas (BRASIL, 2012).

O presente estudo se caracteriza como um subprojeto do projeto de extensão: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de Recém-Nascidos Pré-Termos - Ceilândia – DF, vinculado ao ambulatório do Hospital Regional da Ceilândia e à Universidade de Brasília. O Projeto avalia o impacto do baixo peso ao nascer e do nascimento pré-termo no desenvolvimento físico e intelectual no contexto das condições sócio-demográficas e condições de vida das crianças nascidas na Região Administrativa de Ceilândia (DF).

### 3.1 Amostra de estudo

A amostra foi composta pelos recém-nascidos pré-termo que foram encaminhados e estão em acompanhamento e pelos que evadiram após comparecerem à primeira consulta do projeto de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de Recém-nascidos Pré-termo. No banco de dados há uma amostra de 156 fichas de crianças atendidas no período de julho de 2010 a abril de 2012, 13 foram considerados fora do estudo por não apresentarem idade gestacional inferior a 37 semanas e ou peso ao nascimento menor de 2500g, sendo que 143 compuseram a amostra final do estudo. Este grupo amostral foi dividido em outros dois grupos: Grupo 1 – formado por todas as crianças que participaram regularmente do projeto de acompanhamento e Grupo 2 – composto pelas crianças que evadiram às consultas do projeto.

### 3.2 Critérios de Inclusão

#### Grupo 1

- Ter comparecido a primeira consulta do projeto;
- Os bebês que permanecem no estudo devem estar em acompanhamento pelo projeto;

#### Grupo 2

- Ter comparecido a primeira consulta do projeto;
- Ter três faltas mesmo após contato por telefone.

### 3.3 Critérios de Exclusão

- Não ter nascido no HRC;
- Ter peso ao nascer maior que 2500g e/ou idade gestacional superior a 37 semanas.

### 3.4 Etapas do estudo

Primeiramente, foi caracterizada a população atendida e descrita a proporção de evasão mediante análise dos dados armazenados no banco de dados. Os dados foram coletados através do questionário aplicado na primeira consulta do recém-nascido pré-termo (RNPT) ao projeto de acompanhamento (Apêndice A).

Posteriormente, foram comparadas as características socioeconômicas e as intercorrências dos RNPT que evadiram e dos que estão em acompanhamento e identificou-se que fatores estão associados à evasão após comparecerem às primeiras consultas do projeto.

### 3.5 Local de estudo

As atividades da pesquisa foram realizadas no Centro de Saúde número 1 do Hospital Regional de Ceilândia onde eram realizadas as consultas do projeto de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de Recém-nascidos Pré-termo.

### 3.6 Questão Ética

A autorização para participar do estudo foi obtida após os pais ou responsáveis serem informados das razões do estudo e da colaboração que se espera dos participantes (Apêndice B).

Aos participantes é garantido o direito de interrupção do estudo a qualquer momento, o acesso aos resultados dos exames clínicos e complementares, o sigilo sobre os mesmos e orientações e encaminhamentos para avaliação especializada quando se fizer necessário.

### 3.7 Forma de análise dos resultados

Para a caracterização da amostra, todas as variáveis de interesse foram levantadas e expressas em número absoluto e como porcentagens. A análise estatística dos dados foi realizada no programa IBM SPSS Statistics – Essentials 21.0. Para examinar as relações entre as variáveis socioeconômicas (idade, escolaridade, estado civil, moradia, renda familiar, número de partos, número de abortos e número de filhos vivos) e a variável resposta (adesão/evasão), foi utilizado o teste de Mann-Whitney e Qui-quadrado de Pearson. Foram considerados significativos os resultados com valor de  $p < 0,05$ .



## 4 RESULTADOS

Do total da amostra, 48 (33,5%) crianças demonstraram adesão ao acompanhamento, comparados a 95 (66,4%) que não mostraram adesão.

A tabela 1 apresenta os dados referentes às características sócio econômicas da amostra estudada utilizando o teste do Qui-quadrado. Em relação ao estado civil, existe maior predominância da união estável, tanto no G1 quanto no G2, uma vez que da amostra total, 59,4% deles possuem união estável, 25,1% são casados, 8,3% são solteiros e apenas 4,8% são separados. Em relação à instrução materna, existe maior concentração de mães com 2º grau completo (43,7%) no G1, no G2 34,7% possuem 1º grau incompleto e 36,8% 2º grau completo. Quanto à instrução paterna, existe maior concentração de pais com 1º grau incompleto (33,6%) no G2, já no G1 há maior concentração de pais com 2º grau completo (29,1%), seguido por 1º grau incompleto (27,0%).

Em relação à renda familiar, do total, 85,3% apresentaram renda mensal entre 1 - 3 salários mínimos. No grupo da evasão 78,9% dos indivíduos possuem renda entre 1 - 3 salários mínimos e no grupo da adesão 77,0% possuem renda mensal entre 1 - 3 salários mínimos. Quanto à moradia, em ambos os grupos, existe maior concentração de indivíduos morando de aluguel, do total, 50,3% dos indivíduos não possuem casa própria.

**Tabela 1** – Distribuição da amostra quanto às características sócio econômicas utilizando-se teste do Qui-quadrado. Ceilândia (DF), 2010/12.

Variável	Adesão (G1)		Evasão (G2)		Total (%)	p
	Amostra	%	Amostra	%		
<b>Estado Civil</b>						<0,001
Casado	17	35,4	19	20	36 (25,1)	
União Estável	22	45,8	63	66,3	85 (59,4)	
Separado	2	4,1	5	5,2	7 (4,8)	
Solteiro	4	8,3	8	8,4	12 (8,3)	
<b>Instrução Materna</b>						<0,001
Analfabeto	-	-	-	-	-	
Ensino fundamental incompleto	12	25	33	34,7	45 (31,4)	
Ensino fundamental completo	5	10,4	5	5,2	10 (6,9)	
Ensino médio incompleto	6	12,5	18	18,9	24 (16,7)	
Ensino médio completo	21	43,7	35	36,8	56 (39,1)	
Nível Superior	2	4,1	3	3,1	5 (3,4)	
<b>Instrução Paterna</b>						<0,001
Analfabeto	-	-	1	1,0	1 (0,6)	
Ensino fundamental incompleto	13	27,0	32	33,6	45 (31,4)	
Ensino fundamental completo	6	12,5	14	14,7	20 (13,9)	
Ensino médio incompleto	7	14,5	11	11,5	18 (12,5)	
Ensino médio completo	14	29,1	23	24,2	37 (25,8)	
Nível Superior	1	2,0	4	4,2	5 (3,4)	
<b>Renda</b>						<0,001
<1 SM	-	-	6	6,3	6 (4,1)	
1 - 3 SM	37	77,0	75	78,9	112 (85,3)	
4 - 5 SM	5	10,4	10	10,5	15 (10,4)	
>6 SM	2	4,1	3	3,1	5 (3,4)	
<b>Moradia</b>						0,439
Própria	19	39,5	44	46,3	63 (44,0)	
Aluguel	23	47,9	49	51,5	72 (50,3)	

\*Omitido 3 dados do estado civil. \*Omitido 3 dados sobre instrução materna. \*Omitido 17 dados sobre instrução paterna. \*Omitido 5 dados sobre renda. \*Omitido 8 dados sobre moradia.

**Tabela 2** - Distribuição da amostra quanto às características sócio econômicas utilizando-se teste de Mann-Whitney. Ceilândia (DF), 2010/12.

Variável	Adesão (G1)		Evasão (G2)		Total (%)	p
	Amostra	%	Amostra	%		
<b>Idade Materna (anos)</b>						0,551
<18	4	8,3	17	17,8	21 (14,5)	
18 – 34	32	66,6	63	66,3	95 (66,3)	
>34	6	12,5	15	15,7	21 (14,5)	
<b>Idade Paterna (anos)</b>						1
<18	2	4,1	1	1,0	3 (1,9)	
18 – 34	31	64,5	65	68,4	96 (67,1)	
>34	8	16,6	26	27,3	34 (23,7)	
<b>Nº de partos</b>						0,722
<4	41	85,4	75	78,9	116 (81,1)	
4 – 5	4	8,3	9	9,4	13 (9,0)	
>5	-	-	7	7,3	7 (4,8)	
<b>Nº de abortos</b>						0,045
0	29	60,4	47	49,4	76 (53,1)	
1 – 2	7	14,5	29	30,5	36 (25,1)	
3	-	-	2	2,1	2 (1,3)	
<b>Nº de filhos vivos</b>						0,844
<4	38	79,1	75	78,9	113 (79,0)	
4 – 5	5	10,4	8	8,4	13 (9,0)	
>5	-	-	8	8,4	8 (5,5)	
<b>Nº de pessoas na casa</b>						0,456
<4	14	29,1	31	32,6	45 (31,4)	
4 – 5	22	45,8	44	46,3	66 (46,1)	
>5	8	16,6	17	17,8	25 (13,9)	

\*Omitido 6 dados sobre idade materna; Omitido 10 dados sobre idade paterna; Omitido 7 dados sobre nº de partos; Omitido 28 dados sobre nº de abortos; Omitido 9 dados sobre nº de filhos vivos; Omitido 7 dados sobre nº de pessoas na casa.

A tabela 2 mostra a distribuição da amostra quanto às características sócio econômicas utilizando o teste de Mann-Whitney. Em relação à idade materna, da amostra total, 66,3% apresentaram idade entre 18 - 34 anos, 14,5% apresentaram idade < 18 anos e 14,5% idade > 34 anos, no G1 a maioria das mães apresentam idade entre 18 - 34 anos seguido por 12,5% com idade > 34 anos, e no G2 a maioria das mães também apresentaram idade entre 18 - 34 anos seguido por 17,8% com idade < 18 anos.



Em relação à idade paterna, da amostra total, 67,1% apresentaram idade entre 18 - 34 anos, 1,9% idade < 18 anos e 23,7% idade > 34 anos. Nos dois grupos a maioria dos pais apresentaram idade entre 18 – 34 anos, sendo que no G1 16,6% apresentaram idade > 34 anos e no G2 27,3% apresentaram idade > 34 anos.

Em relação ao número de abortos, o G1 apresentou 60,4% dos indivíduos que não sofreram aborto, seguido por 14,5% dos indivíduos que tiveram de 1 - 2 abortos, no G2 49,4% dos indivíduos não sofreram aborto, seguido por 30,5% dos indivíduos que tiveram entre 1 - 2 abortos e 2,1% tiveram 3 abortos. A quantidade de pessoas na casa revela que os grupos parecem estar similarmente distribuídos. Aproximadamente metade dos sujeitos de cada grupo constitui famílias com 4 - 5 membros.

Das onze correlações realizadas foram encontrados resultados estatisticamente significativos em cinco variáveis. Nas correlações feitas pelo teste do Qui-quadrado foi encontrada associação entre as variáveis escolaridade materna e evasão, escolaridade paterna e evasão, estado civil e evasão, renda e evasão com o resultado estatisticamente significativo de  $p < 0,001$  (Tabela 1).

Número de abortos foi uma variável associada à evasão utilizando-se o teste de Mann-Whitney com valor significativo de  $p < 0,045$  (Tabela 2).

#### 4.1 Comparação entre os grupos com as principais Intercorrências Neonatais

As intercorrências foram divididas de acordo com o sistema afetado (respiratório, infecciosas, digestivo, nervoso, cardiovascular, sangue, metabólicas e hematológicas) e comparadas com os grupos de adesão e evasão. Foi registrado o total de 46 tipos de intercorrências.

**Tabela 3** – Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências Respiratórias. Ceilândia (DF), 2010/12.

<b>Intercorrências neonatais</b>	<b>Adesão (G1)</b>	<b>Evasão (G2)</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sistema Respiratório</b>		
Pneumonia	4 (8,3)	8 (8,4)
Membrana Hialina	-	8 (8,4)
Desconforto respiratório	2 (4,1)	6 (6,3)
CPAP	20 (41,6)	39 (41,0)
Ventilação Mecânica	8 (5,5)	22 (23,1)
Displasia Broncopulmonar	-	2 (2,1)
Apnéia	1 (2,0)	1 (1,0)
Hemorragia Pulmonar	-	1 (1,0)
Taquipnéia	1 (2,0)	-
Atelectasia	-	1 (1,0)

\*19 crianças não apresentaram intercorrências respiratórias.

Nas intercorrências relacionadas ao sistema respiratório houve predominância da Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP) com maior número de casos no G1 com 41,6% das crianças afetadas e no G2 com 41,0%. A ventilação mecânica também se destacou no G2 com 23,1% dos casos enquanto que no G1 acometeu 5,5% das crianças.

Em relação às doenças infecciosas, no G2 a infecção foi mais frequente com 17,8% de casos, no G1 o uso de antibióticos foi mais frequente com 10,4% de casos (Tabela 4).

A tabela 5 mostra as intercorrências relacionadas ao sistema digestivo. Nos dois grupos a nutrição parenteral predomina, com 10,4% dos casos no G1 e 22,1% dos casos no G2.

**Tabela 4** - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências Infecciosas. Ceilândia (DF), 2010/12.

<b>Intercorrências neonatais</b>	<b>Adesão (G1)</b>	<b>Evasão (G2)</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Infecciosas</b>		
Infecção	3 (6,25)	17 (17,8)
Uso de antibiótico	5 (10,4)	5 (5,2)
Sepse	1 (2,0)	5 (5,2)
Monilíase	-	2 (2,1)
Papiloma Vírus Humano (HPV)	-	2 (2,1)
Choque Séptico	-	1 (1,0)
Meningite	-	1 (1,0)
Varicela Congênita	-	1 (1,0)

\*73 crianças não apresentaram intercorrências infecciosas

**Tabela 5** - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências ao Sistema Digestivo. Ceilândia (DF), 2010/12.

<b>Intercorrências neonatais</b>	<b>Adesão (G1)</b>	<b>Evasão (G2)</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sistema Digestivo</b>		
Refluxo gastroesofágico	2 (4,1)	2 (2,1)
Distensão abdominal	1 (2,0)	2 (2,1)
Nutrição Parenteral	5 (10,4)	21 (22,1)
Intolerância Gástrica	1 (2,0)	1 (1,0)
Vômitos	1 (2,0)	1 (1,0)
Sangramento Digestivo	1 (2,0)	1 (1,0)
Melena	-	1 (1,0)
ECN – Enterocolite Necrosante	-	1 (1,0)

\*41 recém-nascido pré-termo não apresentaram intercorrências relacionadas ao sistema digestivo.

**Tabela 6** - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências ao Sistema Nervoso. Ceilândia (DF), 2010/12.

<b>Intercorrências neonatais</b>	<b>Adesão (G1)</b>	<b>Evasão (G2)</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sistema Nervoso</b>		
Hemorragia intraventricular	1 (2,0)	6 (6,3)
Anóxia	1 (2,0)	4 (4,2)
Leucomalácia	-	2 (2,1)
Edema Cerebral	1 (2,0)	-
Isquemia	-	1 (1,0)

\*127 RNPT não apresentaram intercorrências no sistema nervoso.

Nas intercorrências relacionadas ao sistema nervoso, a hemorragia intraventricular teve maior frequência no G2 com 6,3% dos casos seguido pela anóxia com 4,2%. No G1 a hemorragia intraventricular, a anóxia e o edema cerebral tiveram 2,0% de casos.

**Tabela 7** - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências relacionadas ao Sangue. Ceilândia (DF), 2010/12.

<b>Intercorrências neonatais</b>	<b>Adesão (G1)</b>	<b>Evasão (G2)</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sangue</b>		
Neutropenia	1 (2,0)	1 (1,0)
Transfusão	4 (8,3)	11 (11,5)
Poliatemia	1 (2,0)	-
Plaquetopenia	-	1 (1,0)

\*124 RNPT não apresentaram intercorrências relacionadas ao sangue.

Em relação às intercorrências relacionadas ao sangue, a transfusão teve um predomínio entre os dois grupos com 8,3% de casos no G1 e 11,5% de casos no G2.

**Tabela 8** - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências ao Sistema Cardiovascular. Ceilândia (DF), 2010/12.

<b>Intercorrências neonatais</b>	<b>Adesão (G1)</b> <b>n (%)</b>	<b>Evasão (G2)</b> <b>n (%)</b>
<b>Sistema Cardiovascular</b>		
Sopro Cardíaco	1 (2,0)	5 (5,2)
Cardiopatía congênita	1 (2,0)	4 (4,2)
Cateterismo	1 (2,0)	3 (3,1)
Taquicardia	-	3 (3,1)
Persistência do Canal Arterial	-	1 (1,0)

\*124 RNPT não apresentaram intercorrências relacionadas ao sistema cardiovascular.

Nas intercorrências relacionadas ao sistema cardiovascular o sopro cardíaco foi mais frequente no G2 com 5,2% dos casos seguido pela cardiopatía congênita que teve 4,2%. A tabela 9 mostra as intercorrências metabólicas. A hipoglicemia se destacou no G2 com 8,4% dos casos.

**Tabela 9** - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências Metabólicas. Ceilândia (DF), 2010/12.

<b>Intercorrências neonatais</b>	<b>Adesão (G1)</b> <b>n (%)</b>	<b>Evasão (G2)</b> <b>n (%)</b>
<b>Metabólicas</b>		
Hipoglicemia	1 (2,0)	8 (8,4)
Hiperglicemia	1 (2,0)	3 (3,1)
Doenças Metabólicas Hereditárias	-	2 (2,1)
Distúrbio Metabólico	-	1 (1,0)

\*127 RNPT não apresentaram intercorrências metabólicas.

**Tabela 10** - Comparação entre os grupos adesão/evasão dos RNPT que apresentaram Intercorrências Hematológicas. Ceilândia (DF), 2010/12.

<b>Intercorrências neonatais</b>	<b>Adesão (G1)</b>	<b>Evasão (G2)</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Hematológicas</b>		
Icterícia com fototerapia	32 (66,6)	72 (78,9)
Anemia	3 (6,25)	20 (21,0)

\*16 RNPT não apresentaram intercorrências hematológicas

Em relação às intercorrências hematológicas a icterícia com fototerapia foi a intercorrência que teve a maior predominância, tanto no G1 com 66,6% dos casos como no G2 com 78,9%. A anemia predominou no G2 com 21,0% de casos.

O grupo da evasão apresentou maior proporção de intercorrências. Em relação a icterícia com fototerapia, houve predominância entre todas as intercorrências nos dois grupos. Outras intercorrências que tiveram maior número absoluto foram: CPAP com 41,6% no G1 e 41,0% no G2, Nutrição parenteral com 22,1% no G2, Ventilação mecânica com 23,1% no G2, Anemia com 21,0% no G2, Infecção com 17,8% no G2 e Transfusão com 11,5% no G2.



## 5 DISCUSSÃO

A taxa de evasão às consultas do projeto de acompanhamento de recém-nascidos pré-termo encontrados neste estudo foi de 66,4%. No estudo realizado por Gastaud et al. (2011), sobre a não adesão à psicoterapia psicanalítica de crianças, constatou-se que 52,7% das crianças desistiram do atendimento psicoterápico entre a primeira e a quarta sessão. Ademais, na população geral (adultos e crianças), 50% dos pacientes, tanto em serviços públicos como em atendimentos privados, desistem do tratamento antes da quinta sessão, segundo dados do National Institute for Mental Health - EUA (GASTAUD et al., 2011).

O alto número de evasão às consultas do programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo pode estar associado às características socioeconômicas da população estudada. Existem claras evidências de pesquisas científicas que a situação socioeconômica desempenha um papel fundamental na determinação da saúde do ser humano (SOUZA et al., 2011).

Com relação à idade materna e paterna, não houve significância entre as variáveis, mostrando que a idade parece não influenciar na evasão às consultas do projeto de acompanhamento. Alguns autores citam que a idade não tem sido diretamente relacionada com a adesão (COMOSS, 1988; OLDRIDGE, 1988), muito embora Dion, Rogowski e Oldridge (1990 apud OLDRIDGE, 1988) salientem que possuem algumas evidências que os pacientes mais jovens aderem menos.

Estudos prévios correlacionaram à baixa escolaridade materna e as baixas condições socioeconômicas a um maior risco de evasão dos serviços de acompanhamento de recém-nascidos de alto risco (FRÔNIO et al., 2009). No presente estudo, a escolaridade materna e paterna foi uma variável socioeconômica que apresentou associação significativa em relação à evasão. Observou-se que a maioria das mães e dos pais tem até o primeiro grau incompleto, o que pode estar relacionado à evasão das crianças. É possível que essas famílias tenham maior dificuldade em compreender a importância do acompanhamento e de enfrentar as possíveis dificuldades inerentes ao mesmo, como a necessidade de realização de exames complementares, a execução de atividades orientadas pelos profissionais, entre outras. Este aspecto pode ter agravado a situação da evasão às consultas do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de recém nascidos pré-termo, uma vez que a baixa escolaridade da amostra pode ter dificultado o entendimento das informações fornecidas pelos profissionais. Parece ser um desafio para as equipes de follow-up a criação de estratégias que



permitam atingir esta parcela de participantes com baixa escolaridade, tornando as informações mais acessíveis e úteis para os envolvidos (FRÔNIO et al., 2009).

A renda foi uma variável associada à evasão. A baixa renda familiar encontrada na amostra dos que evadiram (de um a três salários mínimos), associadas à quantidade de habitantes por residência, permite supor a dificuldade das famílias em prover os recursos necessários para as crianças. No estudo realizado por Frônio et al. (2009), constatou que a baixa renda familiar associada à média de habitantes por residência, dificultou o provimento de recursos necessários para as crianças.

Em relação ao estado civil, houve associação significativa à evasão. Os resultados mostraram-se diferentes dos encontrados na literatura, sendo que nestes estudos, a evasão é maior para crianças de mães solteiras, esse resultado pode indicar que a maioria das mães não tem apoio de um companheiro/a e, portanto, não tem com quem dividir ou compartilhar suas dificuldades e responsabilidades. Essa realidade evidencia as mudanças estruturais que a família vem passando ao longo dos anos, motivada pelas condições sociais, econômicas e culturais, não apresentando na atualidade, em sua maioria, uma composição paternalista (RAMOS e CUMAN, 2009).

A quantidade de moradores na casa não foi associada à evasão, uma vez que nos dois grupos os resultados apontaram que na maioria das residências havia de 4 a 5 moradores. Esta situação também foi encontrada no estudo realizado por Souza et al. (2011), em que todas as famílias tinham de 4 a 6 moradores, sendo que este número de pessoas seria um fator de risco já que a literatura considera que famílias numerosas, com mais de seis pessoas seriam menos estimuladoras, podendo levar essas famílias a não darem muita importância ao acompanhamento de seus filhos (SOUZA et al., 2011).

Os resultados mostraram associação entre número de abortos e evasão, apesar da maioria da amostra que evadiu não ter sofrido aborto anterior a gestação, o número significativo de 20,2% das mães sofreram entre um a dois abortos. Não foram encontrados na literatura dados relacionados a esse achado.

A elevada prevalência de seqüelas em recém-nascidos pré-termo ressalta a importância do seu acompanhamento especializado pelos serviços de saúde (WASSERSTEIN, 2000).

No estudo, o número de intercorrências neonatais foi maior nas crianças que abandonaram o acompanhamento, apresentando um perfil de alto risco para possíveis alterações no desenvolvimento. As intercorrências neonatais predominantes foram icterícia com fototerapia, CPAP, nutrição parenteral, ventilação mecânica, anemia, infecção e transfusão. As crianças consideradas de alto risco, ou seja, aquelas com peso de nascimento

inferior a 1.500g e intercorrências neonatais muito importantes, devem ser acompanhadas em centros de referência com equipe multidisciplinar, com vistas à detecção e intervenção precoces a qualquer sinal de distúrbio do desenvolvimento (MIRANDA; RESEGUE e FIGUEIRAS, 2003). Diante do exposto, deve-se trabalhar mais clara e frequentemente com os pais a importância do acompanhamento de seus filhos neste tipo de serviço, esclarecendo as possíveis dúvidas existentes, reforçando a necessidade de diminuir a evasão, de forma a possibilitar o acompanhamento a longo prazo do RNPT.

Embora a evasão seja um fenômeno esperado em ambulatórios de acompanhamento a longo prazo, os profissionais envolvidos no atendimento devem e podem procurar minimizá-lo, seja pelo esclarecimento da importância do programa ou mesmo pela busca insistente após o não comparecimento aos retornos agendados. Os recém-nascidos considerados de alto risco para alterações no desenvolvimento neuropsicomotor devem ser acompanhados por longos períodos, o que torna necessária a percepção das possíveis dificuldades que suas famílias terão em manter o acompanhamento. É importante que a equipe tenha atenção reforçada em aspectos como o esclarecimento da importância do programa de acompanhamento.

Ainda há que se levar em conta a subjetividade do paciente, bem como suas necessidades e dificuldades de acesso ao serviço (REINERS et al., 2008), considerando alguns fatores, como a distância, transporte, fatores climáticos, contexto de vida e etc. Leite e Vasconcellos (2003) colocam a necessidade de se compreender questões relacionadas ao paciente e ao meio em que está inserido, sócio cultural, como importantes no procedimento de adesão à prescrição médica.



## 6 CONCLUSÃO

O acompanhamento de recém-nascidos pré-termo de alto risco é de indiscutível importância e idealmente deve ser realizado desde os primeiros anos de vida indo até a idade escolar. A elevada prevalência de intercorrências nessas crianças ressalta a importância do seu acompanhamento especializado e intensivo. O estudo mostra que fatores socioeconômicos favorecem a evasão às consultas realizadas pelo projeto de acompanhamento. As variáveis socioeconômicas de instrução materna e paterna, estado civil e renda mostraram associação importante à evasão, o que levanta discussão sobre a importância dos profissionais de saúde em esclarecer a importância do programa de acompanhamento usando linguagem de fácil entendimento, disponibilizar um atendimento acolhedor e mostrar respeito com as verbalizações e questionamentos dos pacientes, para facilitar a adesão, além da implementação de políticas públicas que visem dar maior suporte e facilidade de acesso a este tipo de acompanhamento.



## 7 REFERÊNCIAS

ALONSO, N.B.; SILVA, D.F.; CAMPOS, C.J.R. Aderência em epilepsias I: aspectos conceituais e fatores de influência. Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.49 no.2 São Paulo jun. 1991.

ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T.R. Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo: Uma Análise Conceitual. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 02, p. 259 - 272, 2006.

BRASIL. Governo do Distrito federal – Administração Regional de Ceilândia. Disponível em: <[http://www.ceilandia.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD\\_CHAVE=4013](http://www.ceilandia.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=4013)>. Acesso em: Outubro de 2011.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Plano de Ação da Rede Cegonha. Brasília, maio de 2012.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. Arq. Bras. Cardiol., v.71, n.5, p.100–119, 1998.

COMOSS, P.M. Nursing Strategies to improve compliance with life-style changes in a cardiac rehabilitation population. The Journal of Cardiovascular Nursing, 2 (3), 23-36, 1988.

FAWER, C.L; FAWER, C.L; BESNIER, S; FORCADA, M; BUCLIN, T; CALAME, A. Influence of perinatal, Devmental and environmental factors on cognitive abilities of preterm children without major impairments at 5 years.Early Hum Dev 1995; 43:151-164.

FERRAZ, S.T; FRÔNIO, J.S; NEVES, L.A.T; DEMARCHI, R.S; VARGAS, A.L.A; GHETTI, F.F; FILGUEIRAS, M.S.T; Programa de Follow-up de recém-nascidos de alto risco: relato da experiência de uma equipe interdisciplinar. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 133-139, jan./mar. 2010.

FORMIGA, C.K.M.R.; LINHARES, M.B.M. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. Ver Esc Enfermagem USP, 2009.

FRÔNIO, J.S; NEVES, L.A.T; FERRAZ, S.T; DEMARCHI, R.S; VARGAS, A.L.A. Análise da evasão em serviço de follow-up de recém-nascidos de alto risco. HU Revista, Juiz de Fora, v. 35, n. 3, p. 219-226, jul./set. 2009.

GASTAUD, M.B; BASSO, F; SOARES, J.P.G; EIZIRIK, C.L; LUCIA, M; NUNES, T. Preditores de não aderência ao tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2011; 33(2):109-115.

JÚNIOR, L.L.; GRECO, D.B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. Rev Saúde Pública 2001;35(6):495-501.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 8(3):775-782, 2003.

LINHARES, M.B.M; CARVALHO, A.E.V; BORDIN, M.B.M; CHIMELLO, J.T; MARTINEZ, F.E; UORGE, S.M. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. Paidéia, FFCLRP-USP, Rib. Preto, jan/julho/2000.

MAGALHÃES, L.C; CATARINA, P.W; BARBOSA, V.M; MANCINI, M.C.M; PAIXÃO, M.L. Estudo comparativo sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré termo e a termo. Arq.Neuro-Psiquiatr.2003; 61.

MARLOW, N.; ROBERTS, B.L.; COOKE, W.I. Motor skills in extremely low birthweight children at the age of 6 years. Arch Dis Child 1988;64:835-841.

MIRANDA, L.P.; RESEGUE, R; FIGUEIRAS, A.C.M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *Jornal de Pediatria* - Vol.79, Supl.1, 0021-7557/03/79-Supl.1/S33, 2003.

OLDRIDGE, N.B. Cardiac rehabilitation exercise programme: compliance and compliance-enhancing strategies. *Sports Medicine*, 6, 42-55, 1988.

OLIVEIRA, O.R.F; OLIVEIRA, K.C.C.F. Desenvolvimento Motor da Criança e Estimulação Precoce. Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Hermínio Ometto – UNIARARAS, 2006.

PEIXOTO, C; PRADO, C.H.O; RODRIGUES, C.P; CHEDA, J.N.D; MOTA, L.B.T; VERAS, A.B. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010; 59(4):317-321.

RAMOS, H.A.C.; CUMAN, R.K.N. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304.

RAMOS, J.L.A. O recém-nascido normal. In: Marcondes E, organizador. *Pediatria básica*. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 75-97.

REINERS, A.A.O; AZEVEDO, R.C.S; VIEIRA, M.A; ARRUDA, A.L.G. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2299-2306, 2008.

SOUZA, N.C.M; LIMA, A.C.V.M.S; GAGLIARDO, H.G.R.G; ALBUQUERQUE, R.C; CARDOSO, T.C; CAVALCANTI, F.R.R; COÊLHO, R.E.A. Comportamento visual e perfil socioeconômico e demográfico de recém-nascidos prematuros da Maternidade do Hospital das Clínicas de Pernambuco – UFPE. *Arq Bras Oftalmol*. Recife (PE), Brasil, 2011;74(1):33-6.



WASSERSTEIN, W. Extremely preterm birth: defining the limits of hope. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 343, no. 6, p. 429-430, Aug. 2000.



## 8 APÊNDICE

## APÊNDICE A – Modelo de questionário de primeira consulta

**Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo –  
Ceilândia - Questionário de primeira consulta**

Código \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
 Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ PC ao nascer: \_\_\_\_\_ Estatura ao nascer: \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_ D N \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ IG \_\_\_\_\_ I. Cronol. \_\_\_\_\_ I. Corrigida \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ RNT PIG=1 ( )  
 \_\_\_\_\_ RNPT AIG=2 ( ) Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ PC \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ RN pós T GIG=3 ( )

**Dados familiares**  
 Nome da mãe \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
 Nome do pai \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
 Consanguinidade ( ) não ( ) sim Doenças familiares ( ) não ( ) sim  
 Instrução Mãe Pai Profissão do pai \_\_\_\_\_ Renda Familiar Nº de SM \_\_\_\_\_  
 Analfabeto \_\_\_\_\_ Profissão da mãe \_\_\_\_\_ ( ) < 1SM Moradia \_\_\_\_\_  
 1ºgr. Incompleto \_\_\_\_\_ ( ) Casada Número de: ( ) 1 a 3 SM ( ) Própria  
 1ºgr. Completo \_\_\_\_\_ ( ) União estável Partos \_\_\_\_\_ ( ) 5.1 a 6 SM ( ) Aluguel  
 2ºgr. Incompleto \_\_\_\_\_ ( ) Separada Abortos \_\_\_\_\_ ( ) 6.1 a 8 SM ( ) Água/Luz  
 2ºgr. Completo \_\_\_\_\_ ( ) Solteira Filhos vivos \_\_\_\_\_ ( ) > 8.1 SM  
 Nível superior \_\_\_\_\_ Número de pessoas na casa: ( )

**Acompanhamento Pré-natal**  
 Quantas consultas pré-natais foram realizadas? \_\_\_\_\_  
 Em que hospital foi realizado o acompanhamento? \_\_\_\_\_

**Gravidez e parto**  

Gravidez	Tipo de parto	Anestesia	Reanimação RN	Apgar
( ) Planejada ( ) Única	( ) Normal	( ) Não	( ) Não	1' _____
( ) Não planejada ( ) Múltipla	( ) Cesáreo	( ) Local	( ) Intubação	5' _____
( ) Outros N° de bebês _____	( ) Fórceps	( ) Regional	( ) Latéx	( ' ) _____
	( ) Outros _____	( ) Geral	( ) O <sub>2</sub> c/ ambu	
			( ) Outro _____	

**Fatores de risco gestacional**  

( ) 0=Nenhum	( ) 19=Hemorragia 1º Trimestre	( ) 16=Cardiopatia	( ) 2= Medicamentos
( ) 6=Aborto prévio	( ) 191=Hemorragia 2º Trimestre	( ) 1=Diabetes	( ) 3=Alcoolismo
( ) 7=Natimorto prévio	( ) 192=Hemorragia 3º Trimestre	( ) 15=Infecção urinária	( ) 4=Fumo Cigarros
( ) 8=Pré-termo prévio	( ) 12=DPP (Descolamento placenta)	( ) 9=Hipertensão	( ) 17= Drogas
( ) 18= Baixo peso prévio	( ) 13=Placenta prévia	( ) 20=RCIU	( ) 171= Cocaína
( ) 5=Ameaça de aborto	( ) 10=Pré-eclampsia (DHEG)	( ) 14=TORCHS	( ) 172=Maconha
( ) 22=Amniorrexe/B. rota	( ) 11=Eclampsia	( ) 21= Outras infecções	( ) 23=Outros _____
( ) Transfusão intrauterina			

**Intercorrências neonatais**  

( ) 1=CTI _____ dias	( ) 14=Adaptação/Dif. Respiratória	( ) 21=MNF/Má Nutrição Fetal
( ) 7=V. Mecânica _____ dias	( ) 24=Anemia	( ) 25=Meningite
( ) 71=CPAP _____ dias	( ) 18=Anomalia Congênita	( ) 16=Osteopenia
( ) 20=Intubação _____ dias	( ) 13=Cardiopatia congênita	( ) 3=Pneumonia
( ) 2=E. Hipóxico Isquêmica grau I	( ) 4=Convulsão	( ) 15=Retinopatia
( ) 201=E. Hipóxico Isquêmica grau II	( ) 12=Distúrbio Metabólico	( ) 11=RGE – Refluxo Gastro-esofágico
( ) 202=E. Hipóxico Isquêmica grau III	( ) 6= Doença Membrana Hialina (SAR)	( ) 8=Seps
( ) 9=Hemorragia Intraventricular	( ) 19=ECN – Enterocolite Necrosante	( ) 17=Tocotraumatismo
( ) 91= H. intravent. Grau I	( ) 26=Exsanguinotransfusão	( ) 27=Transfusão
( ) 92= H. intravent. Grau II	( ) 28=HIV+	( ) 10= Outros _____
( ) 93= H. intravent. Grau III	( ) 5=Ictericia c/ fototerapia _____ dias	
	( ) 23=Má Formação SNC	

**Aleitamento – 12 meses**  
 Fez Programa Mãe Canguru ( ) não ( ) sim  
 Ficou internada para fazer Programa Canguru? ( ) não ( ) sim  
 Fez Mãe Canguru em casa ( ) não ( ) sim Quantos dias \_\_\_\_\_ Quanto tempo por dia? \_\_\_\_\_  
 Fez uso do copinho ( ) não ( ) sim Período \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ meses  
 Foi amamentado no seio ( ) não ( ) sim Período \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ meses  
 Uso de mamadeira ( ) não ( ) sim Período \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ meses  
 Com que idade iniciou o uso da mamadeira? \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ meses

**APÊNDICE B – Aprovação CEP**

Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

**PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

Registro do Projeto no CEP: **114/09**

Título do Projeto: “Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido pré-termo – Ceilândia, DF”.

Pesquisadora Responsável: Tatiana Barcelo Pontes

Data de Entrada: 01/10/2009

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **114/09** com o título: “Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido pré-termo – Ceilândia, DF”, analisado na 9ª Reunião Ordinária, realizada no dia 13 de outubro de 2009.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 24 de fevereiro de 2010.

Prof. Volnei Garrafa  
Coordenador do CEP-FS/UnB